



# California Service Employees Health and Welfare Trust Fund

828 West Washington Blvd. • Los Angeles, CA 90015  
(213) 747-7551 • (877) 492-2778 • (877)HWCASRV

**PARA: PARTICIPANTES DEL PLAN ELEGIBLES ABAJO EL ACUERDO DE LAX MASTER AGREEMENT**

**RE: INSCRIPCIONES DE BIENESTAR**

Nuestros archivos indican que usted puede ser elegible para los Beneficios de Bienestar **del MIEMBRO SOLAMENTE** a través de su empleador y de SEIU-USWW. Sus beneficios son pagados al 100% por su empleador, siempre que haya estado empleado durante al menos 36 meses y se le pague un mínimo de 120 horas por mes.

Después de 48 meses de empleo, usted puede agregar dependientes elegibles a sus beneficios de Salud y Bienestar sin costo alguno para usted.

TIPO DE BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
<b>Kaiser Silver “6761” beneficios médicos y de medicamentos con receta</b>	Deducibles anual para servicios médicos de \$1,000 hasta \$2,000 por dos miembros o más de una familia. Los co-pagos son de \$40 por visita del doctor y las visitas a la sala de Cuidados Urgentes no se aplica al deducible del plan; 30% de Co-seguro para cada visita a la Sala de Emergencia y servicios de Hospitalización después del Plan deducible está cumplido. Para los medicamentos recetados, los co-pagos son \$25 por suministro máximo de 30 días para cara medicamento genérico y \$50 copago por suministro máximo de 30 días por cada medicamento de marca en las farmacias de Kaiser.
<b>DeltaCare USA #CAC31</b>	Los servicios de atención dental se proporcionan a través de DELTACARE USA que es un plan dental pre-pagada que ofrece \$0 copago para la mayoría de los servicios y se le pedirá que seleccione a un dentista del panel de su lista de proveedores participantes para recibir los beneficios con cobertura.
<b>Seguro de visión</b>	VISION SERVICE PLAN (VSP) es un plan para la visión ampliamente aceptado por la mayoría de los proveedores de atención de los ojos y ofrece exámenes de los ojos de rutina, anteojos graduados O lentes de contacto, además de descuentos en la corrección de la visión con láser. Consulte el resumen del plan adjunto para los detalles de los beneficios.
<b>Seguro de vida</b>	Usted es elegible para seguro de vida por \$5,000 como parte de sus beneficios de salud y bienestar a través del Trust Fund. Su beneficio de seguro de vida permanecerá vigente cada mes con cobertura que sea elegible. Para calificar para el beneficio de seguro de vida, debe ser elegible en el mes de fallecimiento.

Complete, **firma** y envíe el formulario de inscripción. **Su aseguranza no será activado sin su información completo de inscripciones.**

**El acuerdo también le ofrece ahora la opción de no recibir los beneficios (opción de exclusión, Opt Out) del Trust Fund.** Para excluirse de los planes de Trust Fund, debe completar y devolver el formulario de exclusión adjunto. Cuando usted haya elegido la opción de exclusión, usted no tendrán ninguno de los beneficios del Trust Fund.

Llame a la oficina del Fondo Fiduciario al (213) 747-7551 o sin costo al (877) 492-2778 si tiene alguna pregunta.

***La recepción de este aviso no constituye una determinación de su elegibilidad.***

*Según los requisitos para informes de la Ley de seguridad de los ingresos por jubilación de los empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), este documento sirve como su Resumen de modificaciones importantes al Plan, y le estamos avisando de que este Plan cambia en un plazo de 60 días desde la adopción de esos cambios.*



# California Service Employees Health and Welfare Trust Fund

---

828 West Washington Blvd. • Los Angeles, CA 90015  
(213) 747-7551 • (877) 492-2778 • (877)HWCASRV

## **FORMULARIO DE EXCLUSIÓN**

*Complete este formulario en el caso de que no desee inscribirse o desea darse de quiera cancelar su inscripción en el plan de beneficios de salud y bienestar ofrecido por el Fondo Fiduciario ("Fondo Fiduciario") de Salud y Bienestar para los Empleados de Servicios de California. Este formulario solo puede ser completado por un empleado cuyo acuerdo de negociación colectiva (collective bargaining agreement or "CBA") permita declinar u optar por no recibir la cobertura ofrecida por el Fondo Fiduciario.*

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico bajo pena de perjurio que las siguientes declaraciones son verdaderas y correctas:

- 1) Se me ha dado la oportunidad de inscribirme y participar en el plan de beneficios de salud y bienestar ofrecido por el Fondo Fiduciario.
- 2) Decido voluntariamente declinar la participación y quedar excluido de la cobertura médica, dental y de la visión ofrecida por el Fondo Fiduciario.
- 3) Confirmando que cuando renuncia, el Fondo Fiduciario **no** extenderá ningún beneficio de salud y bienestar a mi persona ni a ninguno de mis dependientes.
- 4) Además confirmo que si deseo inscribirme en el futuro en la cobertura de salud y bienestar ofrecida por el Fondo Fiduciario, debo notificarlo a Fondo Fiduciario en los sesenta (60) días siguientes a la pérdida de mi otra cobertura de atención médica, excepto que si soy elegible para Medicare, no se me permitirá volver a optar al plan de beneficios de salud y bienestar ofrecido por el Fondo Fiduciario

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_  
[Imprima claramente.]

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

### **PARA USO EXCLUSIVO DEL FONDO.**

Opt Out:                      Approved \_\_\_\_\_                      Denied \_\_\_\_\_                      Effective Date: \_\_\_\_\_

Reason for Denying Request:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **LAS INSTRUCCIONES**

Debe completar este formulario para optar por no recibir la cobertura de atención médica ofrecida por el Fondo Fiduciario (Trust Fund) de Salud y Bienestar de los Empleados de Servicio de California.

Tome nota de que su empleador y el acuerdo de negociación colectiva pueden tener requisitos o términos adicionales para optar por no participar en la cobertura del Fondo Fiduciario. Por esa razón, se le aconseja que revise su acuerdo de negociación colectiva antes de presentar este formulario.

Debe enviar este formulario a la Oficina del Fondo Fiduciario y a su empleador.

Si desea volver a inscribirse en la cobertura del Fondo Fiduciario, consulte su acuerdo de negociación colectiva para obtener información sobre elegibilidad.

Puede obtener este formulario comunicándose con su empleador u oficina sindical o llamando a la Oficina del Fondo Fiduciario sin costo al (877) 492-2778 o yendo a la Oficina del Fondo Fiduciario dentro del edificio del SEIU-USWW ubicado en 828 Washington Blvd., Los Ángeles CA.

Si pierde cobertura a través de su otro seguro médico, debe comunicarse con la Oficina del Fondo Fiduciario en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se perdió la cobertura para poder inscribirse nuevamente en la cobertura del Fondo Fiduciario. Los miembros elegibles para Medicare no podrán optar de nuevo a la cobertura del Fondo Fiduciario.

Para obtener más información, llame la Oficina del Fondo Fiduciario al (213) 747-7551 o sin costo al (877) 492-2778 y revise los términos de su acuerdo de negociación colectiva.